Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362332

SCIENCES MÉDICALES.

DES COMPLICATIONS DE LA PHLÉBITE.

Cette question, qui, au premier abord, paraît simple et facile, offre beaucoup de vague et trop d'étendue pour être envisagée dans le cadre resserré de mon travail. Ainsi posée, cette question me semble si difficile à résoudre, que je l'aurais passée sous silence si le règlement ne m'avait fait un devoir d'en parler.

Essayons donc d'émettre sur ce sujet quelques idées qui m'ont été suggérées plus par le raisonnement que par les auteurs que j'ai consultés.

Toutes les maladies peuvent, il me semble, compliquer la phlébite, selon la constitution médicale, l'idiosyncrasie du sujet, et une infinité d'autres circonstances.

Les principales complications sont la piqûre d'un nerf, d'un tendon ; les affections gastriques, hépatiques, rhumatismales, goutteuses, érysipélateuses, etc. ; la cardite, la métrite, surtout après un accouchement laborieux ; les engorgements des glandes par suite des abcès. L'introduction d'un virus ou d'un poison dans l'économie, l'exsudation du pus dans le torrent circulatoire, sont les plus dangereuses. C'est de cette dernière complication qu'émane souvent la fièvre consomptive qui conduit presque toujours l'individu au tombeau. Le typhus, la pourriture d'hôpital, les opérations majeures, etc., peuvent être tout autant de complications de la phlébite.

D'après cette simple énumération, on peut se convaincre que la phlébite n'est pas une maladie aussi simple qu'on le pense communément.

FIN.

QUESTIONS DE THÈSES.

N° 89.

5.

DÉFINIR CE QUE LES BOTANISTES APPELLENT INDIVIDUS, ESPÈCES, VARIÉTÉS, RACES, GENRES, ORDRES, CLASSES.

D'OU VIENT LE PIGMENT QUI COLORE LA CHOROÏDE ET CELUI DE L'UVÉE ?

QUELLES SONT LES MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE? A QUEL AGE ET A QUELLE AFFECTION CES SUJETS SUCCOMBENT-ILS ORDINAIREMENT ?

DES SYMPTOMES DE L'ANÉVRISME DE L'AORTE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 30 JUILLET 1838,

PAR

ÉLOI-HENRI CRESPY,

d'Agen (Lot-et-Garonne);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Da veniam scriptis, quorum non gloriâ nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.

OVIDE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour, respect et reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

Amitié inaltérable.

A TOUS MES PARENTS.

Dévouement.

É.-H. CRESPY.

SCIENCES ACCESSOIRES.

DÉFINIR CE QUE LES BOTANISTES APPELLENT INDIVIDUS, ESPÈCES, VARIÉTÉS, RACES, GENRES, ORDRES, CLASSES.

Ces différentes dénominations, et le sens qu'on y rattache généralement, ont été employées en botanique, comme dans l'histoire naturelle des autres corps organisés, pour faciliter leur étude en les distinguant mieux les uns des autres.

Individus. — Ce mot, comme le montre assez son étymologie, signifie un être qui ne peut subir de divisions sans perdre son existence. Dans le langage de l'histoire naturelle des corps organiques, tout être particulier de chaque espèce a reçu le nom d'individu. Ainsi, par exemple, un arbre, une plante quelconque, représentent l'individu d'une certaine espèce.

Espèces. — L'espèce constitue la réunion des individus parfaitement semblables, s'offrant toujours avec les mêmes caractères extérieurs et intérieurs, et se reproduisant constamment sous la même forme : exemple, le *vitis vinifera* est une espèce du genre *vitis*.

Variétés. — Les individus d'une même espèce qui offrent les mêmes caractères essentiels, et qui, par des circonstances accidentelles, s'éloignent du type primitif de l'espèce, par des caractères de peu d'importance, ont reçu le nom de variétés. Exemple : nous

voyons les fruits du *vitis vinifera* devenir plus ou moins gros, ses feuilles devenir plus ou moins grandes, selon les localités, le climat, la nature du sol, etc.

Races. — Il arrive quelquefois que les variétés deviennent constantes et se reproduisent avec les mêmes caractères ; c'est à ces variétés constantes que l'on a donné le nom de races. Exemple : la vigne à fruit blanc, brun, rouge, etc., ne sont que des races différentes de l'espèce *vitis vinifera.*

Genres. — Un nombre plus ou moins considérable d'espèces qui ont entre elles une ressemblance évidente dans leurs caractères intérieurs et leurs formes extérieures, constitue le genre. Exemple : le *vitis vinifera*, le *vitis vulpina*, le *vitis hederacea*, etc., constituent le genre *vitis.*

Ordres. — En réunissant les genres qui se ressemblent par un caractère essentiel qui leur est commun, nous avons ce qu'on nomme ordre. Exemple : dans les treize premières classes de Linnée, les plantes se rangent en 1er, 2me, 3me ordre, etc., d'après la présence d'un, de deux ou de trois pistils. Nous voyons que, dans ce système, on ne s'est servi que d'un seul caractère pour constituer les ordres. Dans les systèmes naturels, les ordres ou familles sont établis d'après plusieurs caractères.

Classes. — En considérant les différents ordres et familles, nous rencontrons des caractères ordinairement plus généraux qui sont communs à un grand nombre d'entre eux ; la réunion de ces ordres d'après un de ses caractères constitue les classes. Exemple : dans le système de Linnée, toutes les plantes qui ont quatre étamines, dont deux sont plus courtes, se rangent dans la didynamie, 14me classe.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

D'OU VIENT LE PIGMENT QUI COLORE LA CHOROÏDE ET CELUI DE L'UVÉE ?

La couche noirâtre qui tapisse la choroïde et la face postérieure de l'uvée a reçu des anatomistes le nom de pigment. Pour mieux faire connaître d'où vient ce pigment, je crois qu'il est utile qu'auparavant je dise quelques mots de ses qualités chimiques et physiques.

Le pigment qui colore la choroïde et l'uvée a beaucoup de rapport avec la matière colorante du sang et avec l'albumine. Il diffère de la première par sa teinte plus foncée, par son insolubilité dans l'eau ; il se dissout aussi moins facilement dans l'acide muriatique. Il contient beaucoup de fer et plus de carbone que toutes les autres substances du corps. D'après Gmelin, il contient 3/7 de carbone. En le brûlant, il répand une odeur de corne brûlée.

En le faisant macérer dans de l'eau chlorurée dans laquelle on a ajouté un peu d'acide hydrochlorique, il perd sa couleur, et précipite en flocons jaunâtres. Il paraîtrait, d'après cette expérience, que la coloration du pigment n'est pas due au carbone, parce que, dans ce cas, il ne devrait pas perdre sa couleur, mais plutôt à une combinaison de fer et de carbone.

Examiné au microscope, on voit que le pigment est formé par de petits globules qui ne sont pas absolument ronds; ils sont aussi beaucoup plus grands que les globules du sang. Hevsinger (recherches physiologiques et pathologiques), en examinant le pigment fraichement pris sur la choroïde, a trouvé que toujours plusieurs de ces

globules sont réunis par des filaments de tissu cellulaire, et renfermés dans de petits kystes formés par le même tissu.

Quant à sa source, les opinions sont partagées. Les uns prétendent que, dans la choroïde, il y a de petites glandules qui sécrètent cette matière qu'on appelle pigment; d'autres nient la présence de ces corps glanduleux, et disent (et je pense que c'est l'opinion la plus vraisemblable) que ce n'est qu'une exhalation de la choroïde; d'ailleurs les raisons qui portent à croire que c'est une exhalation sont les suivantes :

1° Le grand rapport qui existe entre les globules du sang et ceux du pigment, entre ses propriétés chimiques et celles de la matière colorante du sang, porte assez à penser que le pigment est exhalé et non sécrété par des corps glanduleux, puisque l'expérience a montré que toutes les matières retirées du sang par le moyen d'organes intermédiaires, éprouvent des modifications plus considérables que celles qui sont exhalées.

2° Aucun anatomiste n'est jamais encore parvenu à découvrir les petits corps glanduleux qui devraient se trouver dans la choroïde. On a fait de si grands progrès dans les recherches microscopiques, qu'on peut à peine croire que ces glandules, si elles existaient, auraient échappé aux recherches minutieuses de ceux qui s'en sont occupés.

3° Si les recherches microscopiques n'ont pas trompé les anatomistes, et qu'il soit vrai que le pigment se trouve déposé entre une couche de tissu lamineux, ce serait encore une circonstance qui viendrait à l'appui de l'exhalation, puisque, dans tout notre corps, le produit d'aucune véritable sécrétion ne se trouve ainsi renfermé.

SCIENCES CHIRURGICALES.

QUELLES SONT LES MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES INDIVIDUS ATTEINTS DE DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE ? A QUEL AGE ET A QUELLE AFFECTION CES SUJETS SUCCOMBENT-ILS ORDINAIREMENT ?

Quelques mots préliminaires. — Les déviations de l'épine ne dépendent pas d'une seule et même cause. Il en est qui sont le résultat du rachitisme, affection dans laquelle tout le système osseux, et particulièrement le rachis, subissent une perte de cohésion ; certaines dérivent du mal de Pott ; d'autres, en bien plus grand nombre, proviennent d'un défaut d'équilibre entre les puissances musculaires qui meuvent la colonne vertébrale ; quelques-unes tirent leur origine de l'engorgement scrofuleux des fibro-cartilages intervertébraux, d'une luxation mal réduite, etc.

Les déviations latérales de la colonne épinière s'accompagnent presque toujours d'une certaine torsion des vertèbres, qui consiste dans une sorte de rotation sur leur axe, en vertu de laquelle sa face antérieure se dirige à droite dans la région dorsale supérieure, et à gauche dans la région lombaire. Il arrive de là que les apophyses transverses des lombes, dans leur rotation en arrière, soulèvent les muscles sacro-lombaire et long dorsal, par lesquels elles sont recouvertes, augmentent la déviation, et en rendent le traitement bien plus difficile.

Les déviations de la portion cervicale de l'épine entraînent nécessairement l'inclinaison de la tête. Ces déviations sont souvent l'effet d'une disposition rachitique jointe à une habitude vicieuse de fléchir

le cou sur l'une ou l'autre épaule. Elles peuvent aussi provenir de plusieurs autres causes, telles qu'une mauvaise conformation des vertèbres cervicales, la rétraction spasmodique de l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdien. On trouve, dans l'ouvrage du docteur anglais Shaw, que la paralysie de l'un des muscles trapèze, produite par une lésion du nerf spinal, est cause quelquefois d'une difformité à laquelle on n'a pas fait assez d'attention; dans ce cas, qui est assez rare, l'une des épaules est considérablement abaissée et simule une déviation de l'épine, quoique, dans les premiers temps, l'axe cérébro-spinal conserve sa rectitude naturelle.

Les déviations de l'épine, dans ses portions dorsale et lombaire, ont une influence beaucoup plus puissante, plus fâcheuse sur quelques-unes des premières fonctions de l'économie, que celles du cou. L'inégalité congénitale ou consécutive des muscles extenseurs du rachis, la paralysie et la contracture d'un ou de plusieurs de ces muscles, l'engorgement des fibro-cartilages, sont, d'après le célèbre Delpech, les causes efficientes les plus ordinaires des déformations rachidiennes. Dans la plupart des cas, ces déviations sont bilatérales, avec une convexité dans la région dorsale, soulevant l'épaule droite, et une concavité du même côté, un peu au-dessous de la hanche gauche. Cette concavité de la région dorsale est presque toujours tournée vers le côté le plus fort; les muscles correspondants sont rouges, très-irritables; ceux du côté opposé sont plus grêles et peu disposés à se contracter. (Levacher, M. Pravaz.)

C'est ordinairement vers l'âge de sept à huit ans que s'établissent les déviations latérales du rachis; il est très-rare d'en observer chez les enfants à la mamelle. Les troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales s'inclinent un peu à droite ou à gauche, et forment un arc de cercle, tandis que les vertèbres lombaires se déjettent en sens contraire, ainsi qu'on l'observe dans la pluralité des cas. Lorsque l'inclinaison se fait à droite, l'épaule de ce côté devient plus élevée, plus développée que l'autre, et à mesure que la déviation fait des progrès, ou qu'un plus grand nombre de vertèbres s'écartent de la direction naturelle, le bord scapulaire interne semble s'éloigner

davantage de l'épine, en se dirigeant obliquement de dedans en dehors et de haut en bas. D'autre part, son angle inférieur ne reposant plus sur les côtés, se trouve soulevé au point que le bord supérieur du grand dorsal, dont cet angle est recouvert dans l'état régulier, se trouve placé au-dessous de lui. On observe une disposition inverse à gauche ; l'épaule est abaissée, et la hanche, plus saillante, est beaucoup moins éloignée de l'aisselle ; le côté droit de la poitrine se relève et s'arrondit, et la région lombaire est déprimée ; au contraire, de l'autre côté, le thorax s'affaisse, et les lombes sont renflées. Les fibro-cartilages intervertébraux, et très-souvent aussi les nerfs qui sortent par les trous de conjugaison, sont comprimés, amincis du côté opposé à la courbure. Les côtes, le sternum, les clavicules éprouvent aussi des changements plus ou moins considérables dans leur direction et dans leur conformation. On remarque surtout que les côtes déviées ont perdu de leur épaisseur, et que leurs bords sont contournés, la hauteur totale du tronc diminuée d'une manière plus ou moins considérable, et l'on aperçoit aisément sa disproportion avec les extrémités. Les mouvements des côtes sont difficiles ; le diaphragme, refoulé à gauche par les viscères abdominaux, ne peut presque plus s'abaisser de ce côté ; de là résulte une gêne habituelle de la respiration et de la circulation. L'abdomen lui-même étant moins étendu que dans l'état normal, les organes qu'il renferme éprouvent de la gêne, et quelquefois des pressions plus ou moins pénibles.

Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les individus atteints de déviations latérales de l'épine ?

Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'action mécanique produite par ces déviations pour pressentir aisément quelles sont les maladies ou les prédispositions pathologiques qui peuvent en résulter.

Les organes de la poitrine, les nerfs spinaux et les viscères de

l'abdomen, voilà les parties qu'intéressent directement et d'une manière plus ou moins fâcheuse la viciation du mécanisme de la colonne vertébrale.

1° *Maladies thoraciques.* Le rétrécissement du thorax chez les individus atteints d'une déviation latérale de l'épine, dans les régions dorsale et lombaire, donne lieu à une dyspnée habituelle qui augmente à l'occasion de la plus légère fatigue. Les poumons et la plèvre se laissent d'autant plus facilement envahir par l'inflammation, qu'ils sont constamment dans un état d'excitabilité, à raison de la compression exercée sur eux par la paroi pectorale déviée ; aussi, parmi les maladies auxquelles prédispose le plus la gibbosité, range-t-on la pleurésie, la pneumonie et la phthisie pulmonaire.

On a généralement observé que, dans les épidémies pleurétiques, pneumoniques ou catarrhales, les bossus en étaient presque toujours les premiers affectés. L'observation a prouvé également que, chez les personnes dont l'épine est déviée, les inflammations aiguës de la plèvre et du poumon dégénèrent facilement en inflammations chroniques. La phthisie marche ordinairement d'une manière plus rapide quand elle coexiste avec la difformité dont il s'agit, surtout si cette difformité coïncide elle-même avec le rachitis. L'asthme nerveux se complique très-facilement, dans les déviations vertébrales, de diverses altérations organiques.

La gêne que le cœur éprouve dans ses mouvements, lorsque le thorax est rétréci par des courbures vicieuses de l'épine, prédispose cet organe aux palpitations nerveuses, à la péricardite, à l'endocardite, à l'hypertrophie, aux spasmes cardiaques, à l'apoplexie. Au surplus, quand bien même l'étroitesse du thorax n'atteindrait pas le cœur, on n'a qu'à considérer ses rapports intimes avec les organes pulmonaires pour concevoir qu'il ne peut guère éviter de ressentir plus ou moins vivement le trouble de ces derniers.

2° *Effets de la pression des nerfs spinaux.* Les personnes dont l'épine est courbée latéralement sont très-sujettes à des douleurs et des lassitudes dans le dos et dans les membres, après l'exercice et la marche, par suite de la pression qu'éprouvent quelques-uns des nerfs qui

sortent par les trous de conjugaison. La sensibilité de ces nerfs est parfois si vivement exaltée, qu'il en résulte l'hypertonie des muscles auxquels ils se distribuent, comme on l'observe dans le mal vertébral de Pott.

Ce ne serait qu'autant que la pression serait portée au point de détruire ces nerfs, qu'il en résulterait l'impotence ou la paralysie des membres inférieurs.

3° *Maladies abdominales.* Les dépressions imprimées par les dernières côtes à quelques-uns des viscères abdominaux prédisposent aux irritations du canal digestif, aux gastralgies, aux affections hypocondriaques, aux maladies du foie, de la rate et des reins, aux inflammations du péritoine, aux hernies, etc.

A quel âge et à quelle affection les sujets atteints de déviations latérales de l'épine succombent-ils ordinairement ?

La plupart des sujets atteints de déviations latérales produites et aggravées par le rachitis, succombent ordinairement à l'époque de la puberté, ou bien vers le passage de l'adolescence à l'âge viril. Dans le premier cas, la mort est encore plus l'effet des désordres qu'entraîne l'affection rachitique et de l'hectisie qui résulte des efforts de la croissance, que des altérations organiques provenant des déviations latérales de l'épine. Dans le second, elle est souvent le résultat de diverses dégradations dans les organes thoraciques.

Les déviations indépendantes de toute affection générale peuvent rester long-temps stationnaires sans produire autre chose, quand elles ne sont pas considérables, que de la gêne dans les fonctions respiratoires et circulatoires lors de la plus petite fatigue, ou quelque léger dérangement de la digestion à l'occasion du plus faible écart de régime. Mais quand elles sont fortes, il en résulte le plus souvent quelque inflammation chronique du thorax, de l'abdomen, ou de la moelle épinière. On voit peu de bossus parvenir à un âge

très-avancé ; néanmoins, à l'exception des deux époques que j'ai assignées pour les déviations dues à l'ostéomalaxie, je ne crois pas que l'observation permette encore d'établir s'il existe un âge précis où elles feraient le plus souvent succomber à une époque déterminée.

SCIENCES MÉDICALES.

DES SYMPTÔMES DE L'ANÉVRISME DE L'AORTE.

L'aorte, comme les autres artères qui portent le sang aux diverses parties de notre corps, est susceptible de présenter les modifications que l'on rattache généralement à l'anévrisme. Tantôt les parois artérielles conservent leur intégrité ; tantôt les tuniques interne et moyenne sont détruites, et c'est la tunique celluleuse qui est dilatée. Cette différence ne pouvant être constatée que sur le cadavre, et comme ces deux espèces de dilatation, qui ne sont, du reste, que des degrés de la même maladie, ne peuvent souvent être reconnues pendant la vie, je les confondrai dans une même description, et je me contenterai de signaler deux périodes. La première comprendra les symptômes de cette affection quand elle est encore cachée dans l'intérieur, et la seconde quand elle fait saillie à l'extérieur.

Quant aux points où les anévrismes de l'aorte siégent de préférence, on a remarqué que c'est à la crosse, et en général à la partie supérieure de ce vaisseau. Vient ensuite le point d'où naît l'artère cœliaque ;

la portion abdominale en est plus rarement atteinte que la thoracique. Les anévrismes de la portion comprise dans le péricarde sont les moins communs.

Les anévrismes de l'aorte sont beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : sur soixante-trois cas observés par Hogdson, cinquante-six appartenaient à des hommes, et sept seulement à des femmes. Une fois déclarés, les anévrismes de l'aorte ont, comme ceux des autres artères, et même à un plus haut degré peut-être, une funeste tendance à faire incessamment de nouveaux progrès. L'altération des parois de l'artère va croissant jusqu'à la rupture du sac, à moins que la mort ne survienne auparavant d'une autre manière, ou que, par suite de quelques circonstances bien rares, la guérison n'ait lieu. Je vais tâcher de faire connaître, aussi bien qu'il me sera possible, les symptômes de cette grave maladie.

Dans la première période, le diagnostic des anévrismes de l'aorte est des plus obscurs : tant qu'il n'est accessible ni à la vue, ni au toucher, il peut arriver que la tumeur se forme et fasse des progrès sans que rien ne trahisse son existence, et que le premier fait qui la dévoile soit une mort soudaine de l'individu, tandis qu'il jouit en apparence de la plus parfaite santé. Plusieurs cas où des anévrismes volumineux s'étaient développés à l'insu du médecin qui suivait le malade, ont été mentionnés. Tant qu'il n'y aura pas compression d'organes importants, rien ne révélera les désordres qui s'opèrent dans la forme et le calibre de l'aorte. Quelquefois seulement il surviendra un peu de dyspnée, des palpitations, une anxiété insolite, une sensation vague, des battements intérieurs derrière le sternum ou dans l'abdomen ; mais ces sensations sont trop fugitives, ces symptômes sont trop légers pour inquiéter le malade ou éveiller l'attention du médecin. L'anévrisme de l'aorte ne présente que ce seul signe qui puisse être considéré comme certain, comme pathognomonique ; savoir : le développement à l'extérieur d'une tumeur qui offre des battements avec expansion, semblables à ceux de la pulsation artérielle, qui coïncident avec la systole des ventricules. Les palpitations, la dyspnée, la toux, certaines tendances à la syncope,

des rêves effrayants, des tressaillements pendant le sommeil, des hémoptysies, la décoloration des téguments, des congestions, des infiltrations séreuses, sont des signes qui n'ont point une grande valeur sous le point de vue du diagnostic de la maladie qui nous occupe, car ils s'observent également dans les affections du cœur. Ce n'est que plus tard, lorsque la tumeur est arrivée à un volume plus considérable, que les organes voisins commencent à être comprimés, qu'il devient possible de noter quelques symptômes. Le malade se plaint d'un sentiment de constriction, de brisement et d'oppression. Je dois insister sur ces divers accidents, car ils caractérisent de nombreuses affections de poitrine.

Par sa pression sur la trachée-artère ou les premières divisions des bronches, une respiration sèche, un sifflement remarquable dans l'inspiration et l'expiration, et un changement notable dans le timbre de la voix, dénotent l'altération dont il s'agit. M. Chomel (dictionn. de médecine, tom. III) a reconnu la compression d'une bronche principale d'après l'absence complète du bruit respiratoire dans une des portions du poumon, la sonorcité n'étant pas d'ailleurs modifiée. MM. Cruveilhier et Bourdon ont signalé l'altération de la voix comme indice de la compression du nerf récurrent. Si l'œsophage est comprimé, la déglutition des aliments solides devient difficile et quelquefois même impossible, et le malade ne peut même l'effectuer sans éprouver une très-vive douleur.

Mais la compression de l'œsophage et de la trachée-artère, avec la plupart des symptômes qui ont été relatés, peut être occasionnée par toute sorte de tumeurs. L'altération de la voix, la sécheresse de la respiration peuvent provenir de l'accumulation d'un mucus concret dans les gros vaisseaux aériens, de l'épaississement, de l'ossification des cartilages du larynx, de l'ulcération de ce conduit provenant comme symptôme d'une maladie vénérienne, etc. Il est quelquefois tellement difficile d'établir la cause de la sécheresse de la respiration, que souvent on l'a imputée à une maladie du larynx, quand elle résultait du développement anévrismatique de l'aorte. Si les poumons sont comprimés, la tumeur produit une gêne de la

respiration ; l'obstacle que la tumeur apporte à la respiration donne à l'attitude quelque chose de singulier ; le malade en change souvent ; mais en général il revient toujours à une position particulière, celle dans laquelle la pression sur la trachée-artère est la moins forte; quelques-uns se tiennent constamment sur un côté et s'inclinent en même temps en avant ou en arrière ; d'autres sont obligés d'être toujours assis ; les uns et les autres sont souvent dans la nécessité de tenir le cou penché, en même temps contourné d'une manière particulière. A ces phénomènes se joignent, chez quelques-uns, de la toux, une expectoration de crachats écumeux, et une sensation continuelle et fréquente de battements dans un endroit qui est toujours le même. Par sa pression sur le cœur, le trouble de ses battements, des défaillances passagères, et quelquefois des signes de déplacement plus ou moins considérable de ce viscère, peuvent être observés. Sur les veines, la stase du sang dans leurs ramuscules, et la dilatation variqueuse des vaisseaux superficiels du bras et de la poitrine. Sur l'artère sous-clavière et les nerfs du plexus brachial, l'inégalité, l'irrégularité, l'affaiblissement des battements artériels ; une sensation douloureuse envahit l'épaule, la nuque, le bras, avec engourdissement, formication, et diminution dans la faculté motrice du membre ; l'infiltration qui survient quelquefois dans le membre dépend en grande partie de l'obstacle qu'apporte au retour des liquides la tumeur anévrismale, par la compression qu'elle exerce sur les veines et même quelquefois sur les vaisseaux lymphatiques. Néanmoins de semblables accidents peuvent se manifester indépendamment de la maladie qui nous occupe; les sujets atteints d'un rhumatisme ou d'une maladie de la moelle épinière, accusent assez souvent une semblable perversion fonctionnelle ; chez les femmes hystériques, chez les sujets frappés de péricardite, ou en butte à des palpitations de cœur, un appareil symptomatique analogue peut fixer l'attention du médecin.

Le malade perçoit quelquefois un sentiment d'ébullition intérieure ; cela arrive lorsque le sang se trouvant en contact avec le parenchyme pulmonaire, il y a adhérence entre le sac anévrismal et la plèvre ; ce

n'est point en ce seul cas que le bouillonnement intérieur de la poitrine se manifeste ; chaque jour ce phénomène fixe l'attention des sujets atteints de phthisie ou d'un catarrhe chronique des bronches. Le malade se plaint quelquefois d'une douleur qui se manifeste au-dessous du sternum et des côtes, à la partie supérieure de la poitrine. Quoique ce caractère constitue un des signes les moins équivoques de l'anévrisme de l'aorte, il ne saurait être admis sans quelque réserve. Une tumeur de quelque nature qu'elle soit, un engorgement glandulaire, un cancer interposé entre l'aorte et le sternum qui reçoit le choc de ce vaisseau, peuvent faire ressentir la même douleur. Un battement se manifeste quelquefois vers le sternum et les clavicules : cet accident, qui appartient à l'anévrisme de l'aorte, peut être produit par d'autres affections que nous signalerons plus bas.

La poitrine fournit quelquefois un son obscur à la percussion : ce signe est commun à une infinité d'autres maladies; et d'ailleurs la résonnance de la poitrine ne disparaît que dans les cas où l'anévrisme est volumineux.

Signes fournis par le stéthoscope. — La pulsation anévrismale est caractérisée par un bruit profond, sourd, de courte durée, sec à son début, comme lorsqu'il cesse de se faire entendre, et généralement plus prononcé que celui qui résulte de la pulsation la plus énergique du cœur; un bruit de râpe sec dans les régions claviculaires, ordinairement peu prolongé, se manifestant brusquement, et cédant encore brusquement. Il est probable que la sécheresse et l'intensité du bruit anévrismal au-dessous des clavicules proviennent du retentissement du battement à l'intérieur de la poitrine. Cette probabilité paraît basée sur les considérations suivantes. Dans plusieurs cas observés par M. Hope, le bruit au-dessous de la clavicule était rauque et fort; mais à la partie supérieure du sternum, où l'aorte ascendante dilatée était en contact immédiat avec cet os, et où conséquemment le son était transmis directement à l'oreille, on entendait un simple sifflement. Le bruit de frottement ou de râpe se manifeste en raison d'aspérités dures ou osseuses qui se développent

à l'intérieur du vaisseau. Quand la dilatation est bornée à la portion ascendante de l'aorte, le bruit, l'impulsion et l'ébranlement vibratoire sont plus prononcés vers la clavicule droite que vers la gauche, et le son produit à la partie moyenne du sternum tient du sifflement et du bruissement. C'est en raison de ces caractères et du point élevé où se manifestent ces bruits à l'auscultation, que l'on peut distinguer les anévrismes de l'aorte des altérations des valvules du cœur. D'ailleurs la propagation du son se fait ordinairement à la portion dorsale de la poitrine, où les bruits du cœur, si toutefois ils se font entendre, sont à peine perceptibles. Quand la tumeur occupe l'aorte descendante, et se prolonge le long de la colonne épinière, le bruit est fréquemment plus prononcé en arrière que vers la partie antérieure du thorax. Quand en ce lieu il est joint à un bruit de râpe sec, ce signe devient d'une grande valeur pour le diagnostic de cette maladie. L'ébranlement vibratoire en est aussi un autre signe caractéristique. On trouve généralement le frémissement cataire dans la région claviculaire, mais jamais au-dessous, excepté lorsque la poche anévrismale, après avoir érodé les côtes, vient se présenter immédiatement sous les téguments. Il est d'autant plus prononcé et accompagné d'un bruit de râpe plus énergique, en raison de l'accumulation, à l'intérieur de l'artère, de couches cartilagineuses ou osseuses qui en rendent la tunique interne inégale.

Certaines maladies du cœur et du péricarde, une excitation nerveuse du tube artériel, la réaction des organes centraux de la circulation après de grandes pertes de sang, pourraient présenter à peu près les mêmes symptômes que l'affection qui nous occupe. L'anévrisme de l'aorte pourrait facilement être confondu avec l'anévrisme de l'artère pulmonaire; mais les signes de cette dernière maladie sont tellement caractéristiques, qu'avec un peu d'attention on ne saurait les confondre.

Dans la seconde période, quand la tumeur s'approche, dans ses progrès, des parois de la poitrine, une tumeur pulsative survient au dehors, et cause plus ou moins promptement la rougeur et la lividité des téguments; des battements d'abord obscurs, puis de plus

en plus manifestes au toucher, à la vue, à l'ouïe, se font sentir dans la région qu'elle occupe. Ces battements sont isochrones à ceux du pouls, et en général distincts par leur siége comme par leur rhythme de ceux du cœur; on perçoit alors le frémissement cataire au-dessous des clavicules; il est moins prononcé que dans les cas de simple dilatation; et dans les anévrismes anciens et volumineux, il se manifeste à peine.

La tumeur peut faire saillie à l'ouverture supérieure de la poitrine, au-dessus du sternum; mais le plus souvent elle se porte vers les parois de cette cavité qu'elle amincit peu à peu, qu'elle détruit dans une étendue proportionnée à son volume. En arrière, elle attaque le corps même des vertèbres. Dans quelque lieu qu'elle fasse saillie au travers des parois détruites du thorax, elle a une forme irrégulièrement arrondie; son volume est fort variable; l'endroit où elle se montre varie à raison de la partie de l'aorte où elle prend naissance; et voici ce que les observations multipliées ont appris à cet égard. Les anévrismes de la partie antérieure de l'aorte et de la courbure, qui sont les plus fréquents, se montrent à droite et en avant; ceux qui naissent de l'aorte descendante ne se montrent guère qu'à gauche et en arrière. Les tumeurs qui se manifestent au niveau des cartilages des cinquième et sixième côtes droites naissent de l'origine de l'aorte; celles qui se montrent au niveau des troisième et quatrième viennent de la partie antérieure de sa courbure, et celles qui se montrent à la partie inférieure du cou, au-dessus du sternum, naissent de la partie la plus élevée de la crosse. Quand la tumeur se fait jour ainsi au dehors, on voit généralement diminuer le trouble qu'elle produisait par sa pression sur les organes intérieurs; mais quelquefois, lorsque les plexus nerveux, comme ceux qui existent au sommet de la poitrine, sont atteints, les douleurs et le trouble peuvent être augmentés. Un exemple remarquable des effets de cette compression a été consigné par M. Paillard, dans le n° 45 du journal hebdomaire de médecine.

Dans l'abdomen, les tumeurs anévrismales de l'aorte suivent à peu près la même marche, et sont en général faciles à reconnaître. Les

signes que l'on obtient par l'auscultation sont une impulsion constante d'une énergie remarquable. Elle est toujours beaucoup plus marquée pour l'oreille qui repose sur le stéthoscope que pour la main qui tente d'en apprécier l'existence ; un bruit de soufflet, éclatant, court et sec, est perçu au stéthoscope ; ensuite la gêne de la circulation, des fonctions de l'estomac et des intestins a lieu d'une manière plus ou moins marquée. On observe, suivant les cas, vomissements, coliques, infiltrations des extrémités inférieures, douleurs lombaires. Quand la tumeur fait en arrière ses principaux progrès, elle détruit tout ce qui lui résiste, et fait saillie à l'extérieur, avec des battements analogues à ceux qu'on observe dans les anévrismes thoraciques.

Quand la tumeur a perforé les parois de la cavité qui la contenait et vient faire saillie à l'extérieur, soit en avant, soit en arrière, on reconnaît sa nature au soulèvement de jour en jour plus considérable de la peau, aux battements forts, irrésistibles, isochrones à ceux du pouls, que la tumeur offre alors à la vue aussi bien qu'au toucher ; et comme les progrès de la tumeur à l'extérieur peuvent, nous l'avons déjà dit, amener une diminution dans la pression que supportent certains organes de l'intérieur, on voit communément diminuer alors un peu les symptômes de cette compression. Ainsi, il y aura moins de suffocation, la parole sera plus facile, la déglutition se fera mieux : ce sont autant d'indices.

Il ne faut pas croire cependant qu'à cette époque il soit impossible de se tromper : un battement se manifeste à la surface du thorax ; cet accident peut être produit par le choc que reçoivent, de l'aorte ou de quelques-uns des gros vaisseaux, des tumeurs développées dans ce point. La dilatation des veines jugulaires à leur jonction à la sous-clavière peut aussi en imposer pour un anévrisme de l'aorte. Des praticiens expérimentés ont été induits en erreur par un anévrisme de l'artère sous-clavière ; cette dernière affection est très-difficile à distinguer de l'anévrisme de l'aorte ; souvent l'un a été pris pour l'autre. Sir Astley Cooper a publié un assez grand nombre de faits analogues. Monro en a aussi mentionné un.

L'anévrisme de l'artère carotide peut facilement être confondu avec l'affection qui nous occupe. Le docteur Hope, à l'hôpital de Guy, a vu un sujet chez lequel, après un examen approfondi, on diagnostiqua un anévrisme de l'artère carotide; cependant on constata le siége profond de la tumeur, et dès lors le premier diagnostic fut abandonné. En effet, l'autopsie dénota l'anévrisme de l'aorte et du tronc innominé. Hogdson a relaté un fait semblable.

Le déplacement du cœur par des collections de pus ou de sérosité dans les plèvres pourrait aussi être pris pour un anévrisme de l'aorte. La présence de ces battements dans un point insolite conduit naturellement à cette idée. Pour s'en préserver, il ne faut jamais négliger d'explorer la région du cœur.

La dilatation de la veine jugulaire, qui est caractérisée par des pulsations qui se manifestent dans la région sus-claviculaire, ne saurait être confondue avec l'anévrisme de l'aorte; car elle n'est point accompagnée d'un bruit particulier, et ne donne qu'une impulsion peu énergique. D'ailleurs la compression avec le doigt a, sur l'une et l'autre, des effets différents.

L'impulsion que reçoivent les glandes engorgées ou les autres tumeurs qui existent au-dessus des clavicules ne se manifestent point avec le développement des bruits qui révèlent l'anévrisme. L'impulsion et le bruit sont d'ailleurs bornés au lieu où siége l'engorgement. Lorsqu'on parvient à saisir la tumeur, et qu'on l'isole de l'artère sous-jacente, on remarque qu'immédiatement l'impulsion cesse de s'y manifester.

L'anévrisme de l'artère sous-clavière et de la carotide donne lieu à des battements, à des bruits particuliers, à des frémissements qui sont bornés seulement au côté malade, et qui sont généralement plus superficiels et plus distincts que dans l'anévrisme de l'aorte; mais les bruits, en ces cas, présentent peu d'intensité. Leur diagnostic est très-difficile; et les inconvénients qu'il y aurait de tenter une opération, dans le cas d'anévrisme de la partie supérieure de l'aorte, doivent engager le chirurgien à porter la plus grande attention à ce point de diagnostic.

Dans l'abdomen, une tumeur squirrheuse de l'estomac, une intumescence du pancréas, des tumeurs fongueuses ou autres ayant pour siége le mésentère, le grand épiploon, l'arc transverse du colon ou le diaphragme, des matières fécales endurcies, des gaz accumulés, des paquets de lombrics dans le colon transverse, etc., telles sont les maladies ou cas pathologiques qui peuvent simuler l'anévrisme de l'aorte abdominale. Si l'un de ces engorgements vient, en effet, à reposer au-devant de l'aorte, il reçoit de ce vaisseau une impulsion, et souvent, par la compression qu'il lui fait éprouver, lui transmet un bruit de soufflet plus ou moins évident. Le diagnostic n'est point ici fort difficile. Le bruit ne consiste qu'en un faible sifflement; la tumeur est enfin superficielle quand elle adhère à l'estomac, au colon, à l'épiploon; elle se déplace facilement par les mouvements de ces viscères; et d'ailleurs, la marche que prend la maladie, sans dérangement notable de la circulation, fait connaître suffisamment la nature et le siége des accidents qui simulaient l'anévrisme de l'aorte abdominale.

Il peut se manifester des pulsations nerveuses de l'aorte abdominale, qui, chez des sujets de nature irritable, pourraient être prises pour des battements anévrismaux. Quand ces battements surviennent chez un sujet qui d'ailleurs est en butte à une accumulation de gaz dans le colon ou le duodénum, la tumeur étant évidemment compressible, l'analogie avec un anévrisme est encore plus frappante. L'étendue des battements est limitée transversalement, tandis qu'elle est considérable et sans borne longitudinalement : ils sont plus facilement appréciables à la région épigastrique que partout ailleurs. L'impulsion ne survient pas avec une énergie constante; d'ailleurs, on remarque d'autres accidents nerveux.

C'est avec la plus grande difficulté que l'on parvient à reconnaître les anévrismes de l'aorte, soit dans la poitrine, soit dans le ventre, si, par leur volume, ils n'ont pas atteint les parois de la cavité qui les renferme. Jusque-là le diagnostic de ce mal est fort conjectural; et cependant il serait nécessaire que, dans les premiers temps de l'apparition des accidents, il fût parfaitement connu. Ni le son

mat, ni le bruissement particulier, ni la différence des deux pouls, ni la dyspnée, ni les douleurs, ne méritent aucune confiance (Laënnec). Le seul signe peut-être qui puisse donner l'éveil, c'est l'existence de battements clairs, simples ou doubles, selon les rapports de la tumeur, et distants de ceux du cœur que l'oreille perçoit dans un espace circonscrit, derrière le sternum ou le cartilage des fausses côtes droites (MM. Chomel et Delmas, dict. de médecine, tom. III). Selon M. Bouillaud, ce signe appartient à l'époque de l'anévrisme où l'artère dilatée a acquis un volume assez considérable pour donner au retentissement produit par le choc de la colonne sanguine contre les parois de la poitrine, une intensité insolite. Il est donc impossible de bien le constater. Réuni à quelques-uns des autres déjà énumérés, il constitue un signe dont la valeur est incontestable.

L'anévrisme de l'aorte doit toujours être considéré comme une maladie fort grave : la mort en est presque toujours la terminaison nécessaire ; elle survient brusquement sans que rien ait pu faire présager le moment où elle frapperait. Il est quelques exemples de guérison de cette maladie, mais ils sont plus rares qu'on ne croit communément. Bien souvent, en effet, par une erreur de diagnostic, on a dû croire à la guérison d'un anévrisme de l'aorte dont l'existence n'a jamais été démontrée, et qui avait été purement simulé par quelques désordres fonctionnels particuliers.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Président*. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Examinateur*. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N..... Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Suppléant*. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ, *Suppléant*.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Examinateur*.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinateur*.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

1° COMMENT RECONNAITRE L'ACIDE CYANHYDRIQUE MELANGE AVEC LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS ?

2° QUELLE EST LA DISPOSITION DES APONÉVROSES DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN ?

3° QUELLES SONT LES VARIÉTÉS QUE PRÉSENTENT LES SACS HERNIAIRES TANT DANS LEURS FORMES QUE DANS LEURS CONNEXIONS ET LEUR TEXTURE ?

4° DE LA STOMATITE ÉRYTHÉMATEUSE.

Thèse (1)

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
le 30 Juillet 1838 ;

Par CLÈDE (P.-D.);

De Pujols, près Villeneuve-d'Agen (Lot-et-Garonne ;

Officier de Santé, Bachelier ès-Lettres de l'Académie royale de Montpellier ;
Chirurgien-Aide-Major au 31me de Ligne ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Ars longa, vita brevis.

(1) Par délibération du Conseil royal de l'instruction puplique il a été décidé qu'à partir du 1er janvier 1838, les thèses à soutenir devant les Facultés de médecine, consisteraient en une série de questions sur les différentes branches de l'enseignement médical. Ces questions, au nombre de quatre, (voir en tête de cette page) que les candidats sont tenus de résoudre et de faire imprimer, ont été tirées au sort par moi en présence de M. le Doyen.

MONTPELLIER. Imprimerie de MATTHIEU DUCROS, rue Sœurs-Noires. 3.